

## **EXHIBIT B**



פ.ד.ב. 519 HOD HASHARON 45105 FAX: 09-7604514 0797 TEL: 09-7604596  
19 HANKIN ST. HOD HASHARON  
511373615 עוסק תורשה מסי  
ד-השרון 45105 טל: 09-7604596  
19 הוד השרון e-mail: brodiag@megapharm.co.il

מסלול מס' 20770

תאריך: \_\_\_\_\_

שעת ציאה: \_\_\_\_\_

ORDER No. \_\_\_\_\_ מדי תחבולת FOR

ADDRESS \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

[illegible]

נא לחתום על התעודה בשם מלא ולהחזירה  
אלינו בדואר או בפקס (09-7604514).

1207 בחשבונית

פחה

חתימה  
SIGNATURE

**SIGNATURE:**